

## 1. 事故発生から防止対策実施のプロセス

- 1) 事故発生時、1次対応後、報告書とそのユニットの担当者がシステムへ入力。
  - インシデント・アクシデント報告書入力
- 2) 入力した報告書を基に「ユニット毎」でのカンファレンス実施
  - インシデント・アクシデント報告書入出力
  - アクシデント報告書入力（カンファレンス記録）
  - (1)カンファレンスに際し、システムから出力した事故報告書を印刷。カンファレンスメンバーへ展開
  - (2)カンファレンス
    - ①報告書にある発生した要因の背景に隠れた要因がないか  
(利用者側、介護者側、施設設備・福祉器具 等)
    - ②対応策
  - (3)カンファレンス内容をシステムへ入力
- 3) 対応策実施
- 4) 1週間後、再び「ユニット毎」でのカンファレンス実施
  - インシデント・アクシデント報告書入出力
  - アクシデント報告書入力（カンファレンス記録）
  - (1)カンファレンスに際し、システムから出力した事故報告書を印刷。カンファレンスメンバーへ展開
  - (2)カンファレンス
    - ①対応策の効果があったか
    - ②対応策に問題はなかったか
    - ③より良い対応策、効果がなかった場合の別の策はないか
  - (3)カンファレンス内容をシステムへ入力。
- 5) 対応策に効果がみられない場合、「全体の事故防止委員会」へ報告。
  - インシデント・アクシデント報告書入出力
  - アクシデント報告書入力（カンファレンス記録）
  - (1)事故防止委員会にて、要因から対応策まで再検討
  - (2)事故防止委員会での内容をシステムへ入力。
- 6) 改善策実施

※以上、ある程度の効果がみられるまで、上記サイクルを繰り返す

※カンファレンスに際し、システムで、カンファレンスの内容を履歴で管理

※Plan：2) Do：3) Check：4)、5) Action：6)

## 2. 定期的な事故分析・対応

- 1) 通常は半年（上半期、下半期）毎実施。必要な事故分析が発生した場合はその都度実施。  
一定期間に発生した事故から、頻度の高い内容をピックアップし事故防止委員会にてカンファレンスを行う。
- 2) 分析パターン ※資料1、2「インシデント・アクシデント統計分析」を参照
  - (1)事故の項目毎（転倒、転落異食・・・等）
    - ・何の事故が多いか。発生頻度の高い事故分析。甚大になり得る事故分析
  - (2)発生月
    - ・時期的な要因（季節的な要因、職員の入れ替わり・・・等）を分析
  - (3)発生曜日、時間帯
    - ・曜日、時間帯ごとの介助や人力的（職員数）な要因を分析
  - (4)発生場所
    - ・危険要因がある可能性の場所、施設設備等を分析
  - (5)利用者ごとの事故項目
    - ・利用者毎の傾向を分析

### 3) 分析・対応方法

#### ■統計分析

#### ■インシデント・アクシデント報告書・台帳

- (1)上記パターンでの統計をシステムで実施
- (2)統計の数字から分析する箇所を決定（事故防止委員）
- (3)システムの統計結果画面から件数をクリックすることにより、その件数に該当する事故報告書台帳を表示することが可能なので、その機能を利用し事故報告書台帳（一覧）を作成（※資料4 サンプル）
- (4)事故防止委員による集計報告、事故報告書台帳を基にカンファレンス実施
- (5)対応策実施
- (6)カンファレンス実施
- (7)対応策に効果がみられない場合、「全体の事故防止委員会」へ報告。
  - ①事故防止委員会にて、要因から対応策まで再検討
- (8)改善策実施

※Plan : (1)～(4) Do : (5) Check : (6)、(7) Action : (8)

### 3. 実際のデータ、集計報告例

- 1) 資料1「インシデント・アクシデント統計分析」(平成22年度下半期)と、  
資料2「インシデント・アクシデント統計分析」(平成23年度上半期)との比較  
(1)平成22年度下半期：合計42件に対して、平成23年度上半期：合計32件
  - ①全体の件数が10件の減となり、一定の成果がでているとの評価
  - ②平成22年度下半期には発生していなかった「異食」が5件発生している事に対して、分析の必要ありと判断。
- 2) 利用者を尊重し拘束できないことから、頻繁に転倒してしまう利用者に対して、転倒自体は防ぐことはできなかつたが、転倒してしまってもケガをしないような対応は評価している。(重篤度 大→小への対応)
- 3) 集計報告
  - (1)事故防止委員による事故発生状況報告(例)
    - ※資料3「平成23年度上半期2F西ユニット事故発生状況報告」を参照  
(添付した統計分析のグラフに該当するユニットと異なるユニットの例であること、ご了承願います。)

### 4. 総括

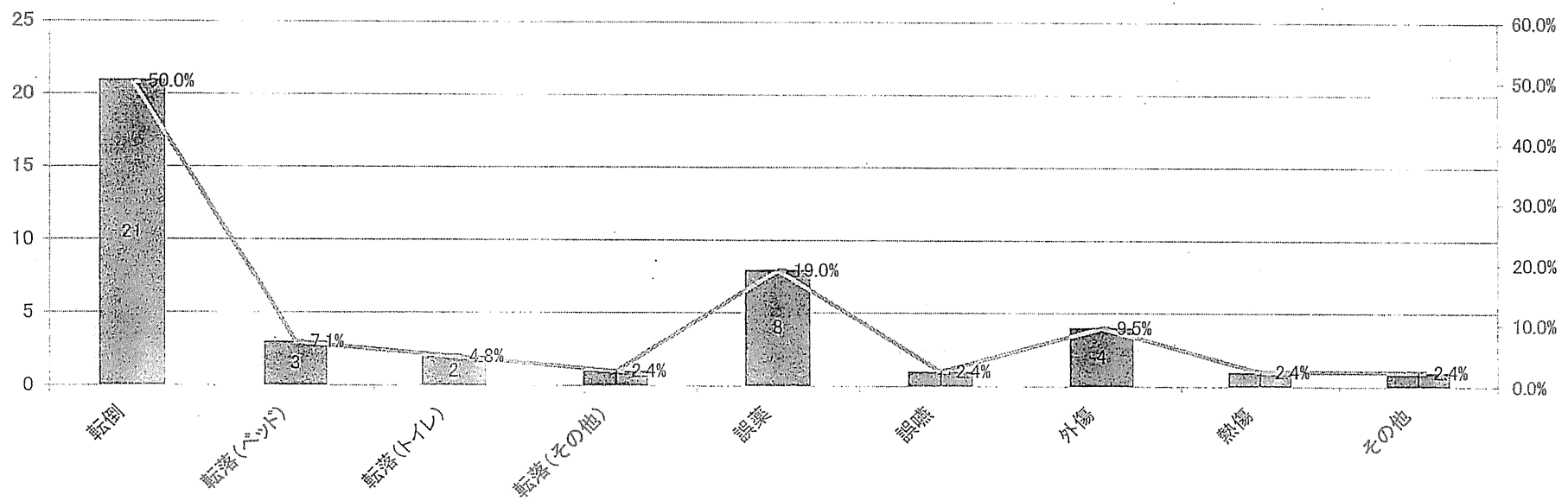
- 1) 当施設においては、事故発生後のピンポイント対応と一定期間での統計分析から対応策を実施している。
  - (1)ピンポイント分析
    - ①発生した事故のピンポイント対応
    - ②システム活用における、必要な情報を共有化できることを評価
  - (2)一定期間統計分析
    - ①事故発生状況からの総体的な対応
    - ②システム活用における統計分析が有効との評価
- 2) 当施設におけるPDCAイメージ
  - ・資料5「当施設によるPDCAサイクル」を参照

以 上

資料1 (1/6)

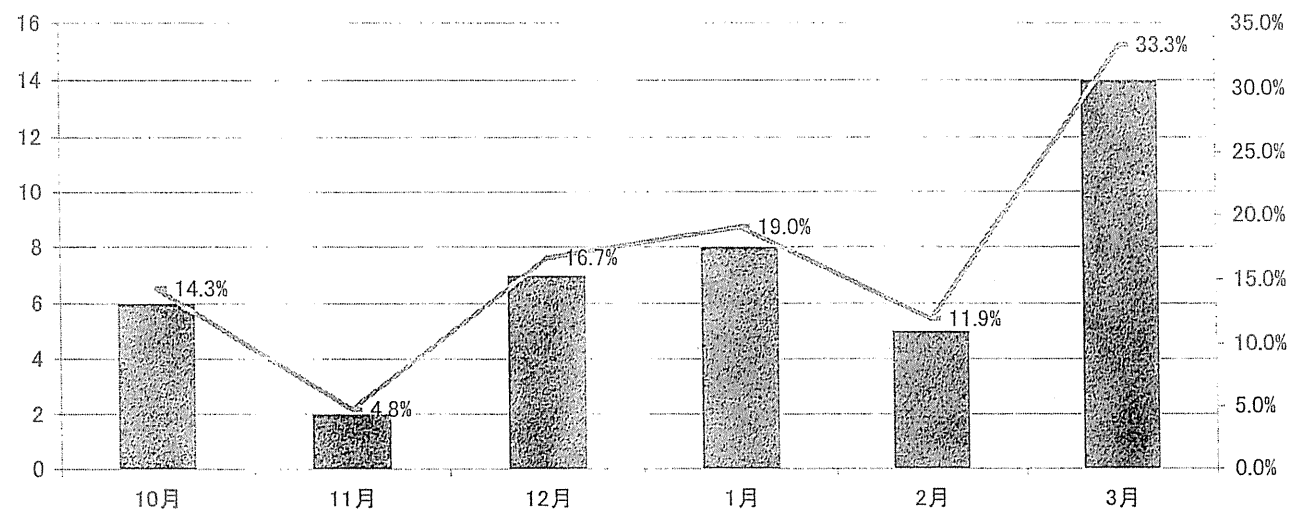
※平成22年度下期

発生要因	件数	%
転倒	21	50.0%
転落(ベッド)	3	7.1%
転落(トイレ)	2	4.8%
転落(その他)	1	2.4%
誤薬	8	19.0%
誤嚥	1	2.4%
外傷	4	9.5%
熱傷	1	2.4%
その他	1	2.4%
合計	42	100.0%



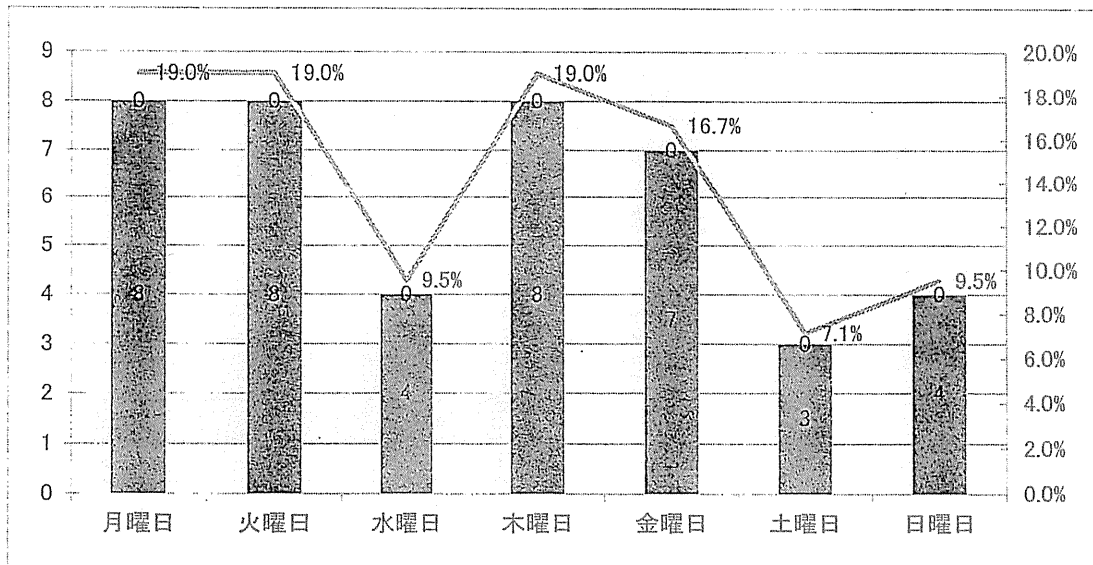
資料1 (2/6)

発生月	件数	%
10月	6	14.3%
11月	2	4.8%
12月	7	16.7%
1月	8	19.0%
2月	5	11.9%
3月	14	33.3%
合計	42	100.0%



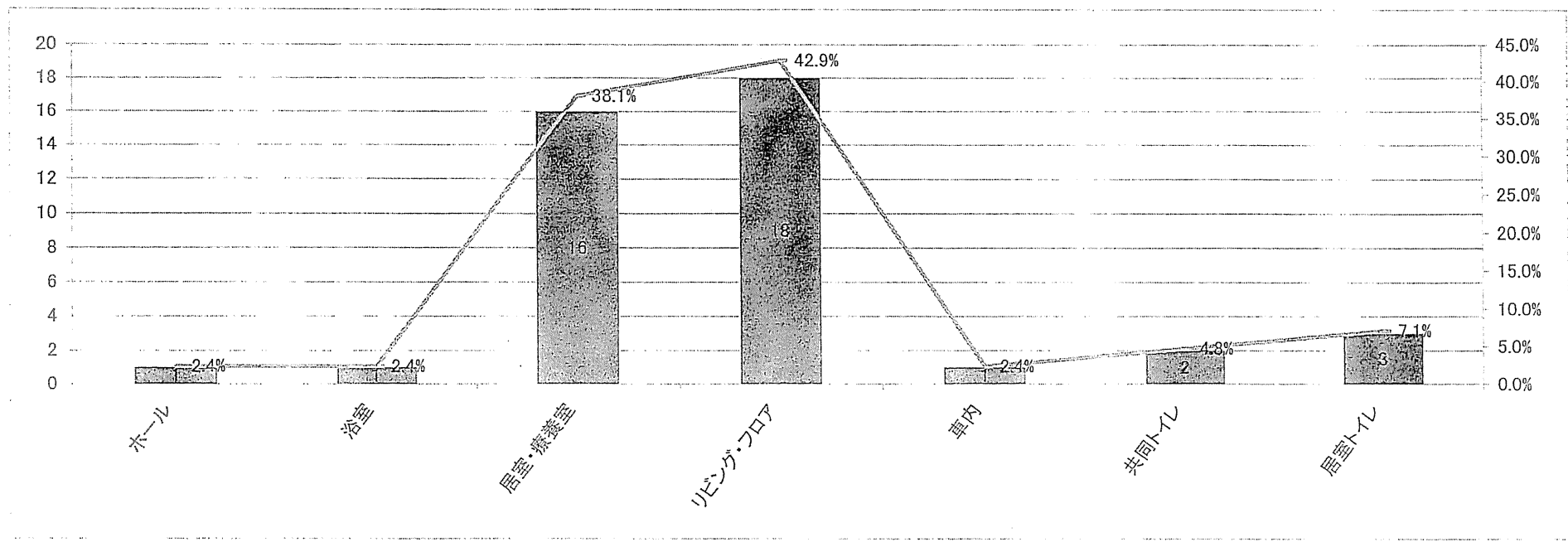
資料1 (3/6)

発生曜日	通常日発生件数	祝・祭日発生件数	発生件数合計	%
月曜日	8	0	8	19.0%
火曜日	8	0	8	19.0%
水曜日	4	0	4	9.5%
木曜日	8	0	8	19.0%
金曜日	7	0	7	16.7%
土曜日	3	0	3	7.1%
日曜日	4	0	4	9.5%
合計	42	0	42	100.0%



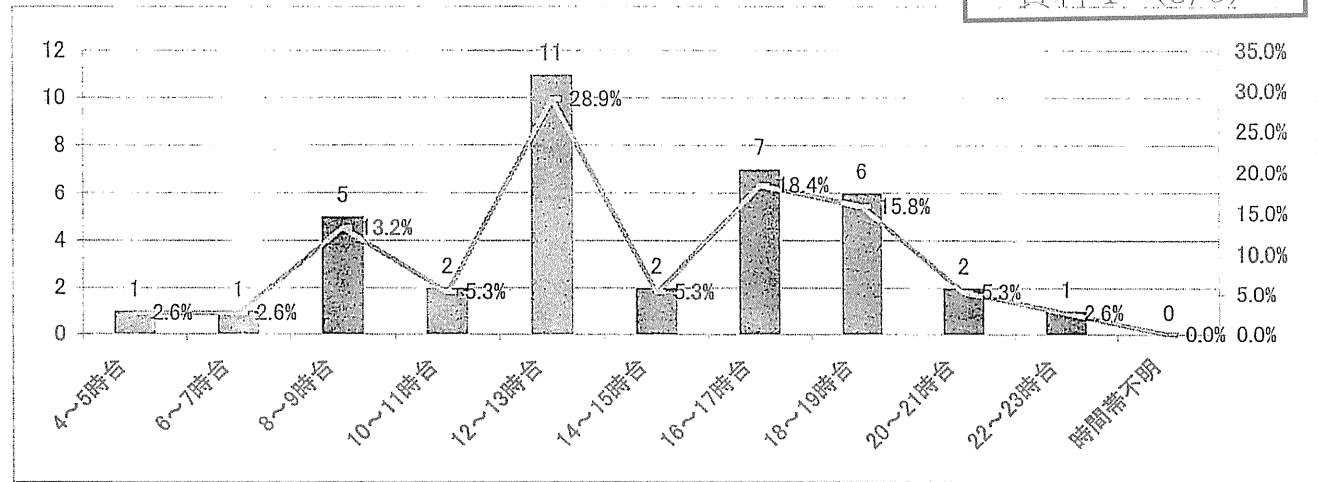
資料 1 (4/6)

発生場所	件数	%
ホール	1	2.4%
浴室	1	2.4%
居室・療養室	16	38.1%
リビング・フロア	18	42.9%
車内	1	2.4%
共同トイレ	2	4.8%
居室トイレ	3	7.1%
合計	42	100.0%



資料1 (5/6)

4~5時台	1	2.6%
6~7時台	1	2.6%
8~9時台	5	13.2%
10~11時台	2	5.3%
12~13時台	11	28.9%
14~15時台	2	5.3%
16~17時台	7	18.4%
18~19時台	6	15.8%
20~21時台	2	5.3%
22~23時台	1	2.6%
時間帯不明	0	0.0%
合計	38	100.0%



食後



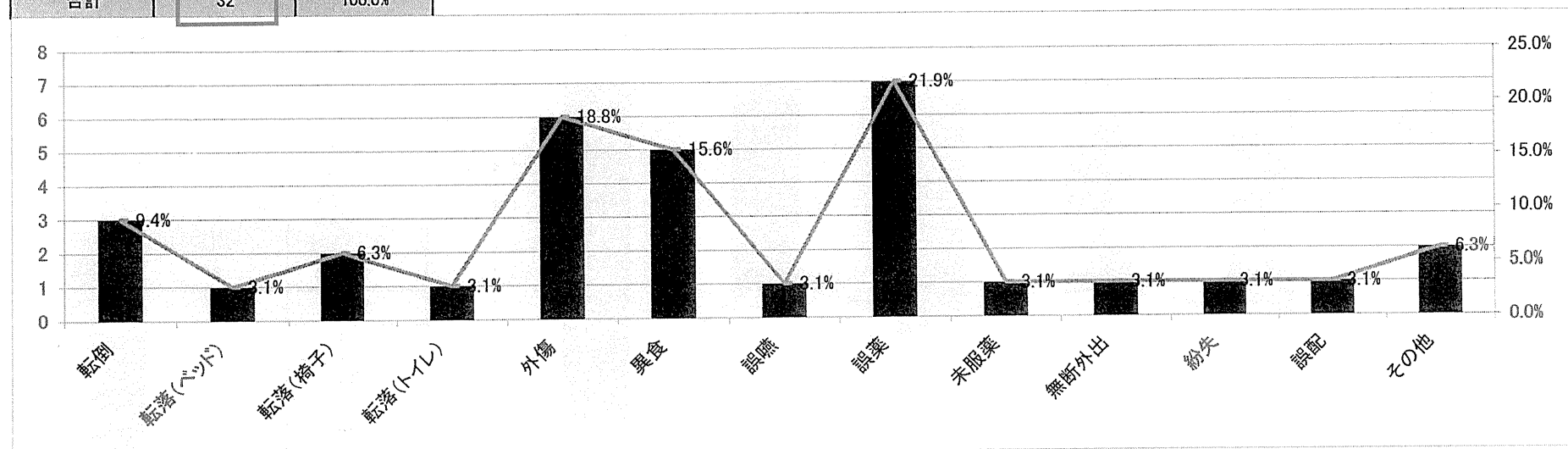
資料 1 (6/6)

すべての利用者×ア クシデント																								合計	%
転倒	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0	2	0	0	⑤	21	50.0%
転落(ベッド)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	①	3	7.1%
転落(トイレ)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	4.8%
転落(その他)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2.4%
誤薬	0	0	①	0	0	0	0	0	①	①	0	0	0	0	①	0	③	0	0	0	①	0	0	8	19.0%
誤嚥	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.4%
外傷	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	9.5%
熱傷	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.4%
その他	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.4%
合計	2	2	2	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	1	2	6	42	100.0%

資料 2 (1/6)

※平成23年度上期

発生要因	件数	%
転倒	3	9.4%
転落(ベッド)	1	3.1%
転落(椅子)	2	6.3%
転落(トイレ)	1	3.1%
外傷	6	18.8%
異食	5	15.6%
誤嚥	1	3.1%
誤薬	7	21.9%
未服薬	1	3.1%
無断外出	1	3.1%
紛失	1	3.1%
誤配	1	3.1%
その他	2	6.3%
合計	32	100.0%

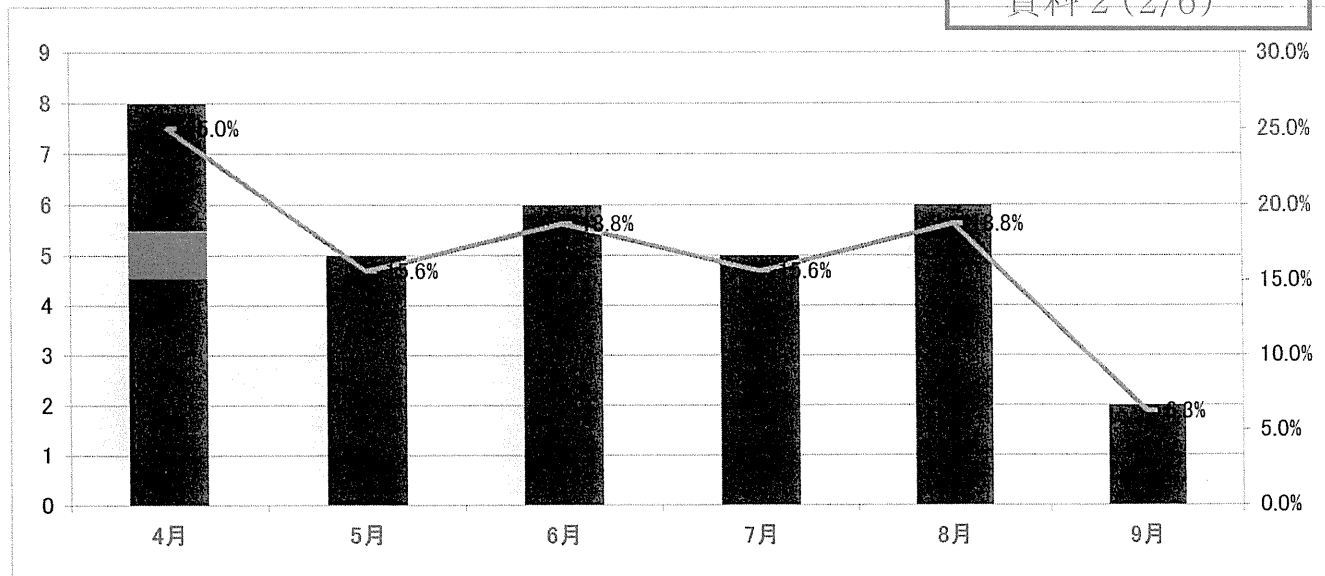


インシデント・アクシデント統計分析【件数×発生日(月別)】 集計単位:単一事業所

出力日:2012/02/16

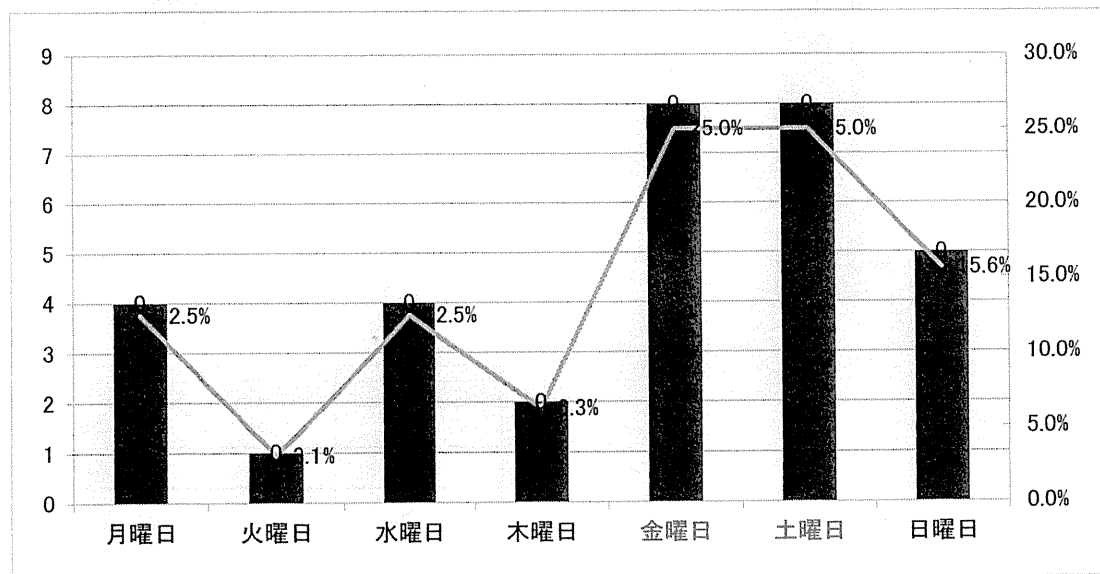
資料 2 (2/6)

発生月	件数	%
4月	8	25.0%
5月	5	15.6%
6月	6	18.8%
7月	5	15.6%
8月	6	18.8%
9月	2	6.3%
合計	32	100.0%



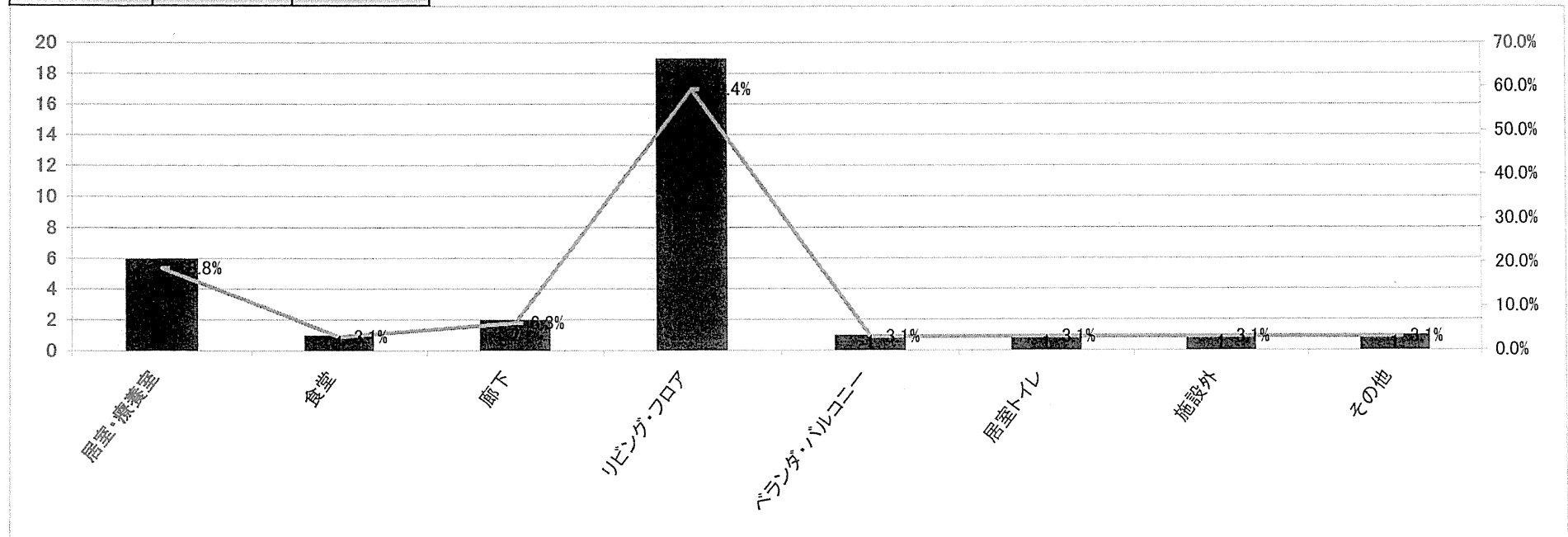
資料 2 (3/6)

発生曜日	通常日発生件数	祝・祭日発生件数	発生件数合計	%
月曜日	4	0	4	12.5%
火曜日	1	0	1	3.1%
水曜日	4	0	4	12.5%
木曜日	2	0	2	6.3%
金曜日	8	0	8	25.0%
土曜日	8	0	8	25.0%
日曜日	5	0	5	15.6%
合計	32	0	32	100.0%

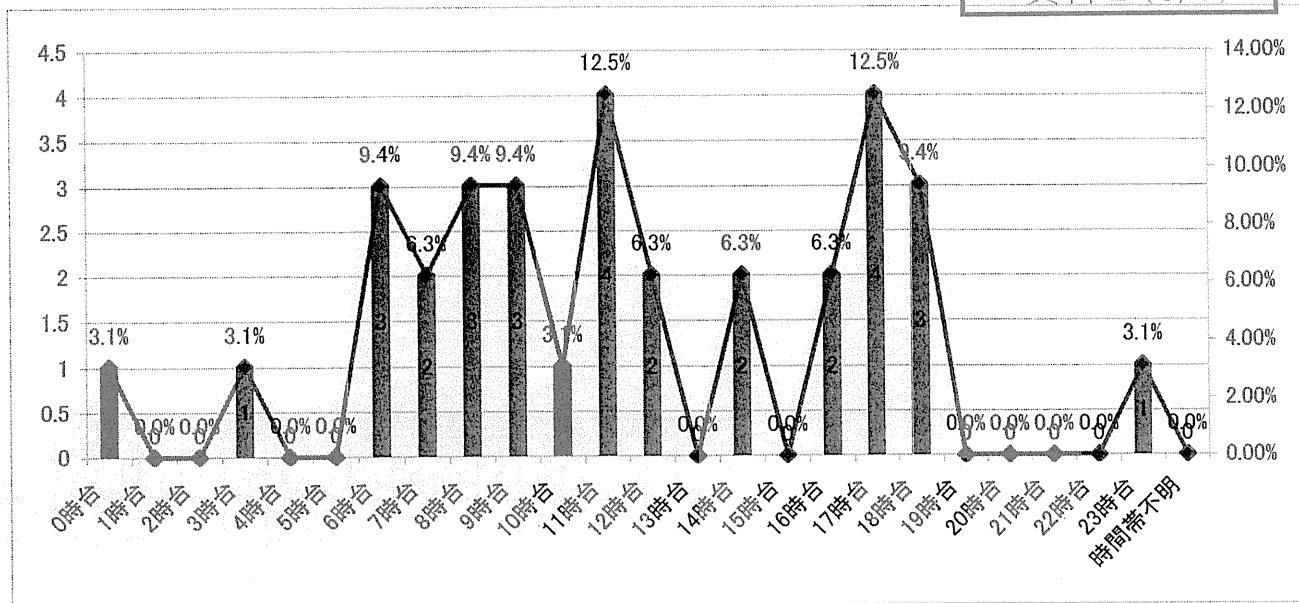


資料 2 (4/6)

発生場所	件数	%
居室・療養室	6	18.8%
食堂	1	3.1%
廊下	2	6.3%
リビング・フロア	19	59.4%
ポランタ・バルコニー	1	3.1%
居室トイレ	1	3.1%
施設外	1	3.1%
その他	1	3.1%
合計	32	100.0%



発生時間帯	件数	%
0時台	1	3.1%
1時台	0	0.0%
2時台	0	0.0%
3時台	1	3.1%
4時台	0	0.0%
5時台	0	0.0%
6時台	3	9.4%
7時台	2	6.3%
8時台	3	9.4%
9時台	3	9.4%
10時台	1	3.1%
11時台	4	12.5%
12時台	2	6.3%
13時台	0	0.0%
14時台	2	6.3%
15時台	0	0.0%
16時台	2	6.3%
17時台	4	12.5%
18時台	3	9.4%
19時台	0	0.0%
20時台	0	0.0%
21時台	0	0.0%
22時台	0	0.0%
23時台	1	3.1%
時間帯不明	0	0.0%
合計	32	100.0%



資料 2 (6/6)

すべての利用者×アクシデント																						合計	%
転倒	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9.4%
転落(ベッド)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1%
転落(椅子)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	6.3%
転落(トイレ)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1%
外傷	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	18.8%
異食	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	5	15.6%
誤嚥	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1%
誤薬	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	7	21.9%
未服薬	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1%
無断外出	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3.1%
紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3.1%
誤配	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1%
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	6.3%
合計	1	1	1	1	1	3	1	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	32	100.0%

## 平成 23 年度上半期

## ユニット事故発生状況報告

## &lt;件数×アクシデント&gt;

- ① 外傷（内出血）・・・分析した結果、特定の利用者に多く、内出血が出来ていることに気付いた。又、ADLの変化や職員の介助方法の違いが見られる。  
ADLの低下の変化があった際に、職員間で意見、気付きを話す機会が持てず、カンファレンスの実施に繋がられなかった。事故、怪我を防ぐことができなかった。又、職員の統一された介助方法が出来ていない。介助技術不足が上げられる。その後、事故防止、リーダーでカンファレンスやユニットでの研修を実施し、原因分析、改善策の検討実施する。
- ② 未服薬・・・新規採用者の研修、職員の異動配属あり、職員の連携声掛けによる確認、利用者状況の把握不足の為に起きたと思われる。又、自立者の未服薬があり服薬の確認不足も挙げられる。薬を服用したかの確認と日付けを記入し対応したことにより、未服薬のアクシデント減ってはきている。

## &lt;件数×発生日&gt;

- ・ 夏場、薄着の為に外傷が増え発見しやすい状態だった為だと思われる。
- ・ 6月～8月にかけて件数が増えており、職員の入れ代わりや利用者の状態の変化が見られていた為である。
- ・ 新人職員の見習いが一通り終わり、ユニットとして全体の業務見直しを行なった。業務分担を見直すことで、誰が、いつ、何をするか明確になり業務に対して、余裕を持ち対応できるようになった。8月以降のインシデントの報告件数が増えたことよって、アクシデント繋がる前に予防策を検討出来た。
- ・ 8月職員全体で、内出血の1番多かった 様については、カンファレンスを行なった。事前にアンケートをとり一人ひとりの介助方法を確認する。全て同じと言える介助方法がなく、 様にとって1番良い方法を話し合い介助方法を統一した。更に介入の際の注意点も確認した為、職員が意識して介入出来た。翌月には、アクシデント（内出血）の減少に努めることが出来た。

## &lt;件数×発生場所&gt;

- ①居室・・・内出血
- ②デイルーム・・・内出血、誤薬、未服薬



## &lt;件数×発生曜日&gt;

- ・月、金曜日が高くなっているのは、オムツ交換、トイレ誘導時、入浴時に発見されている為と思われる。
- ・水、土、日曜日は人手がない為、目配り不足など考えられる。職員一人での入浴介助もある為、職員に入浴前のボーイチェックするよう声掛けや午前より午後の入浴時間に余裕が持てることで安全に努めることでアクシデントの減少につなげることが出来た。また、入浴者の見直しを行い ADL に合わせた入浴方法の変更を行い、事故への軽減することが出来たと思われる。

## &lt;件数×発生時間帯&gt;

- ・10 時、個別対応で入浴介助時、全身チェック出来その際に発見される。
- ・14 時に発見数が多いのは、オムツ交換、離床介助時、介助者の人数も多く、個々の対応をじっくり行なえる為発見されていることが多い。

## &lt;全ての利用者×アクシデント&gt;

様 21 件 : 顎、右手、の内出血多く挙げられている。ADL の状態の変化、拘縮、硬直見られる。

様 20 件 : 両手に内出血多く挙げられる。認知症があり言葉の理解力や手の位置など確認不足、車椅子自走する際に手を挟むことあり。

様 16 件 : 右手の内出血多く挙げられる。拘縮強くなっている為、介助時に力が入ってしまう為である。

< 様 >

今回、事故防止委員会にて、統計・分析のもとに、ユニットでは 様のアクシデント、内出血が多く見られている。4月～7月にかけて、胸の内出血と右の手の甲～上腕部分にかけての内出血が多くあげられていた。 様の、一人ひとりの介助方法の統一や介護技術力の差があることに気付き、8月に介助方法の研修を行ってきた。その一ヶ月ぐらいいは内出血が減ったが、ADLの変化により顎～首にかけての内出血、右の甲～上腕にかけての内出血（アクシデント）、むせこみによるインシデントが見られてきた為、原因分析し取り組んだことを発表したいと思います。

## &lt;原因、分析&gt;

- ・車椅子での座位姿勢の崩れが目立ち（ずり落ち傾向あり）ベッド上だと姿勢はあまり崩れず。車椅子上でのムセ込みある。
- ・右手の上下の動きあり、アームレストにぶつかる、臀部の下の方に手が伸びる。
- ・前回カンファレンスした時より右手の拘縮、硬直進み右手が曲がらなくなっている為、右手からの着脱介助、ベット上での更衣が難しい。

## &lt;対策&gt;

- ・拘縮、硬直がある為、訪問マッサージ行い筋肉を緩和する。(9 月から訪問マッサージ開始)
- ・ポジショニングの見直しを行う。訪問マッサージの先生にポジショニングのアドバイスを頂く。写真掲示し一人ひとり職員にポジショニングの取り方を教える。
- ・食事する際は、頭がヘッドアップしないように枕を頭に入れる。(タオル等などで調節可)
- ・右手が上下に動く為、臀部の下にならないように空間にクッション入れる。アームレストにタオルを巻き保護する。
- ・伸縮性のある衣類やクッションの購入行なう。
- ・更衣介助時、力加減に注意し着脱行い、右手の拘縮進んでいる為、着脱方法の見直し実施。

## アクシデント報告書台帳

No	発生日時	報告者	当事者	利用者	性質	事故分類	発生場面	発生場所	リスク項目	受傷程度
	経緯・発生状況		発生直後の緊急対応			発生要因		今後の対策		
803	平成23年9月30日09時40分				介助中	軽微	移乗	居室・療養室	外傷	要経過観察
	入浴のため、衣類を脱ぐと、左前腕に内出血、右の首にうっすら内出血発見する。		入浴後、NSに報告し、ヒルドイド塗布する。			座位の崩れあり、前傾姿勢が続いてしまったこともあり、車椅子のアームレストにあたって出来てしまったものと思われる。		ポジショニングの確認をこまめに行なう。アイズンだけでは滑ってしまうので、上に滑り止めマットを敷く。安楽な姿勢をとって頂く際の、		
804	平成23年9月28日06時00分				介助中	軽微	食事	ホール	外傷	要経過観察
	食事介助中、(左側より介入)左顎に内出血発見する。		痛がる様子みられず、そのまま様子みる。			口腔マッサージやためこみ見られた際、口元をマッサージするときに力が入ったか、更衣やむせ込んだ時に、前傾をとるとき顔を抑えてし		マッサージの方法をユニットないで確認を行なう。むせ込むことが無いよう十分に注意して介助行なう。更衣の際、顔を抑えることのない		
805	平成23年9月27日07時40分				介助中	軽微	入浴	浴室	外傷	要経過観察
	オムツ交換時、右手甲に内出血発見する。		ヒルドイド塗布する。			本日、入浴され衣服の着脱時に、その部分を握ってしまったか、車椅子離床時、自分で手を伸ばされアームレスト等にはさまり圧迫され		無意識に握ってしまった為可能性ある為、本人の腕の可動域、動き等を確認し着脱を行なう。車椅子使用時、手の挟まり防止のため、		
756	平成23年8月24日09時00分				介助中	軽微	起床・離床	居室・療養室	外傷	要経過観察
	朝の採血後、更衣を行なったときに左ひじに内出血発見する。		NSに報告。ヒルドイド塗布。			車椅子より移乗する際、両わきに手を入れるときに、本人の両腕を一度持ち上げず、臀部付近にあった腕が車椅子のアームレストにぶつ		車椅子使用時のポジショニング確認、ひじ部分にクッションを入れて対応。移乗の際、腕が臀部のほうに入っている場合は1度持ち上げ		
739	平成23年8月16日10時40分				介助中	軽微	入浴	浴室	外傷	要経過観察
	入浴のため、上衣を脱いで頂くと、右肩に黄色かかった内出血みられる。		様子観察			離床時、右への傾きあり。姿勢を直す際、肩に手をあて直すこともあり。強く掴むことはないが、弱い強さでも圧がかかった可能性あり。		ポジショニングの見直し(クッションのあてかたなどを含め)可動域を十分に把握して介入行なう。車椅子上での姿勢、座位保持できなく		
731	平成23年8月14日02時30分				介助中	軽微	排泄	居室・療養室	外傷	要経過観察
	オムツ交換時、ズボンに少量の出血がついているのを発見する。確認すると、右足の膝の傷から出血した後を発見する。		発見時、止血していた為、様子観察する。患部にゲンタシン塗布する。			衣類の着脱の際に、傷口に擦れて再び出血させてしまった。職員の不注意、不確認。		衣類の着脱の際に傷の有無の確認。又、皮膚を傷つけないように無理な力を加えない。着脱方法の確認。		
726	平成23年8月13日12時40分				介助中	軽微	日常生活	居室・療養室	外傷	要経過観察
	オムツ交換時、右手甲と上腕に内出血発見する。		様子観察する。NSに報告。			衣類の着脱の際に衣類にすれてできたものと思われる。また、手をにぎってできたものだと考えられる。		衣類の着脱方法、一人ひとり確認を行なう。伸縮性がある衣類を着る(介護員にてカンファ)		
724	平成23年8月12日02時00分				介助中	軽微	起床・離床	居室・療養室	外傷	要経過観察
	14時のオムツ交換をした際に左足すねに内出血を発見。		足の間にクッションをはさみそのまま様子観察する。			介護員と、介護員でカンファを行い、本人の右足が左足にぶつかってできたものか、介護員が移乗時に接触した可能性がある		クッションをはさむのを忘れないようにする。移乗時にぶつかることのないようにする。		
699	平成23年8月6日12時50分				介助中	軽微	移乗	居室・療養室	外傷	要経過観察
	離床介助の際、右手甲にうっすら内出血見られる。		NSに報告し、確認して頂く。			臥床、離床時共に、右手を身体の下に入れてしまわれること多く見られる。介入時、十分に注意しているが、手が身体の下になったり、手		手先などを含め、血管が弱くなっていることが職員、一人ひとりに再確認し、十分に配慮し注意して介助行なう。		

# 資料5. 当施設によるPDCAサイクル

